



PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

PARA USO DE LA CLÍNICA
CLINIC USE ONLY:
TVFC Eligible:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____ Screener's Initials

Debe mantenerse el registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones mediante el Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio del proveedor de salud. El registro lo puede rellenar el padre o madre, el tutor, el individuo que consta en el registro, o el proveedor de salud. La determinación del derecho a la participación del TVFC debe realizarse en cada consulta de inmunización para asegurarse de que el derecho a la participación del niño no ha cambiado. El mismo registro cumplirá con los requisitos de todas las vacunas posteriores, en tanto el derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque la verificación de las respuestas no se requiere, es necesario quedarse con este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____
(mm/dd/aaaa)

Nombre del niño: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
(mm/dd/aaaa)

Padre o madre, tutor o individuo que consta en el registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Nombre del proveedor o de la clínica: _____ Número telefónico: (_____) _____
Código de área + el número

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

(a) Está inscrito en Medicaid, o

Número de Medicaid: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(b) Es paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o bien

Número de CHIP: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(c) Es indio americano, o

(d) Es nativo de Alaska, o

(e) No tiene seguro médico (no asegurado), o

(f) Está subasegurado:

1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; o

2) el seguro cubre sólo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

(g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas:

Nombre del asegurador: _____ Número de contacto del asegurador: (_____) _____
Código de área + el número

Número de póliza/suscriptor: _____ Número del grupo (de ser aplicable): _____

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del TVFC.

Firma: _____ Fecha: _____
(mm/dd/aaaa)

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Vecino Health Centers
Consentimiento Para Tratamiento en Nombre de un Menor¹

Nombre de Paciente Menor: _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___

Yo _____ (escriba el nombre del padre o persona autorizada legalmente), por lo presente y voluntariamente doy consentimiento para autorizar a los médicos, proveedores de medio-nivel (Asistente de Médico, Enfermera de Práctica Avanzada) y dentistas, si están disponibles en el personal del centro en su lugar de servicio, para proveer servicios del cuidado de salud al menor mencionado arriba. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir la evaluación de rutina física y mental, exámenes diagnósticos y monitoreo, y procedimientos. Los servicios del cuidado de salud pueden incluir, pero no están limitados a: inmunizaciones, trabajo rutinario de laboratorio, tal como sangre, orina y otros estudios, radiografías y otros estudios de imagen, electrocardiograma (ECG), administración de medicamentos, así como los procedimientos y el tratamiento prescritos por el personal médico y/o dental. Los servicios del cuidado de salud también pueden incluir servicios de consejería necesarios para recibir los servicios adecuados, incluyendo servicios de planificación familiar tal como es definido por la regulación federal. Yo comprendo que no hay ninguna garantía sobre los resultados del tratamiento ó la efectividad de cualquier método anticonceptivo prescrito para el menor mencionado(a) arriba.

Yo he recibido los "Derechos y Responsabilidades del Paciente" y el "Aviso de Los Derechos de Privacidad del Paciente" y comprendo los documentos. Yo certifico que comprendo totalmente este consentimiento para tratamiento, uso de proveedores de medio-nivel, la divulgación de información personal de salud y los derechos de el menor con respecto a estos asuntos. Yo comprendo que éste consentimiento es válido y se mantiene en efecto mientras que el menor sea paciente de éste centro. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios que se le proporcionarán en éste centro y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.

Yo estoy autorizado para dar el consentimiento en nombre de el menor escrito arriba porque soy el/la:

- Padre/ Madre
- Tutor Legal (especifique la relación):

**UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO
SERA REQUERIDA EN EL MOMENTO
DE LLEGADA PARA ESAS
PERSONAS AUTORIZADAS A TRAER
AL MENOR.
NO HAY EXCEPCIONES.**

Yo autorizo a las siguientes personas para dar el consentimiento médico para mi hijo/a en mi ausencia:

_____ Nombre	_____ Relación con el menor

Yo entiendo que si alguien que no está listado arriba trae al menor para una visita, su cita será/puede ser cancelada.

Firma del Padre o Tutor Legal

Testigo

Imprima el nombre

Imprima el nombre

Fecha

Hora

Fecha

Hora

¹ Un menor es un individuo menor de 18 años de edad que no está y no ha sido casado/a ó que no ha tenido las discapacidades de minoría revocadas por la corte.



Harris Health MRN#: _____

Patient Name: _____

Date: _____

For Office Use Only

Representante del Niño/Formulario de Divulgación de Información

Un representante puede ver el historial de un paciente MyHealth Harris Health que no sea usted. Puede solicitar permiso para ver la información de salud de un niño si es el padre o guardián legal de un niño menor de 18 años. El derecho a ver la información de la salud del niño para las edades de 13 a 17, podrán limitarse con un mayor nivel de privacidad.

El Acceso al Registro MyHealth Del Niño

Para ver el registro MyHealth de un niño sobre el cual usted tiene custodia legal, por favor llene este formulario. Por favor, tenga en cuenta que sólo cierta información de la historia clínica del niño será visto en el registro de MyHealth.

Información del Padre/Tutor Legal (es necesario llenar todas las secciones por favor utilice letra de molde)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

* Relación con el paciente (por ejemplo, padre, tutor legal) _____

Información del Niño (es necesario llenar todas las secciones por favor utilice letra de molde)

Por Favor, dar información de su hijo. Si usted tiene más de un (1) niño, por favor pedir otra forma.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Doctor: _____

Padre / Tutor Legal Declaración (Lea, fecha y firma)

Estoy pidiendo permiso para ver la información de salud en el expediente de mi hijo MyHealth, estoy de acuerdo de que al firmar esta forma estoy dando prueba a Harris Health System de mi autoridad para ver información sobre la salud de mi hijo. Estoy de acuerdo que soy el padre del niño o tutor legal. Mis derechos para ver información sobre la salud de mi hijo no se han cambiado por cualquier tribunal de la ley. La prueba que he dado para demostrar que puedo ver la información médica de mi hijo es verdad, correcta, y la copia más reciente.

Firma del padre o Tutor Legal

Fecha

Quando el niño cumpla los 18 años, ya no tendrá permiso para ver el registro MyHealth de su hijo. Su hijo adulto puede dejarle ver su historial de MyHealth rellenando los datos del representante "Representante Adulto/Formulario de Divulgación de Información."

*Se requiere prueba de la tutela legal